

CLÍNICA BLAS LEZO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

Nº	CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL
	Cartagena	20	3	18	

I. DATOS DEL COTIZANTE

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES
Arellano	Navarro	Diana
CC ✓ CE TI	Edad en año cumplidos	SEXO
Nº 1143372612		MASCULINO ☐ FEMENINO ☒

ENTIDAD DONDE LABORA	CÓDIGO	OCUPACIÓN U OFICIO	CÓDIGO

SECTOR PUBLICO U OFICIAL ☐ SECTOR PRIVADO ☐ TRABAJADOR INDEPENDIENTE ☐

II. INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD

CODIGO DE LA PATOLOGIA (CIE 10/02)	NUMERO DE DÍAS DE LA INCAPACIDAD (en letras)	FECHA DE INICIO Dia	Mes	Año	FECHA DE FINALIZACIÓN Día	Mes	Año	TOTAL DIAS
T149	Cuatro	20	3	18	23	3	18	4

INCAPACIDAD INICIAL ☒ INCAPACIDAD PRORROGADA ☐ Nº de la incapacidad anterior

EDAD GESTACIONAL EN DÍAS AL MOMENTO DEL PARTO (en días)	TIEMPO DE COTIZACIÓN AL SISTEMA (en días)

III. CONTINGENCIA

ENFERMEDAD GENERAL ☒ LICENCIA ☐ ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE EXPIDIÓ LA INCAPACIDAD	Nº DE CEDULA DE CIUDADANIA DEL PROFESIONAL	REGISTRO PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
	Médico RM. 27203		URGENCIAS CLÍNICA BLAS DE LEZO

F-AUD-010-03

Scanned by CamScanner